

問 診 票

初めて診察を受ける方へ以下の質問にお答えください。

〒 - 住所 _____

フリガナ _____

氏名 _____ 生年月日 昭・平 年 月 日生 _____ 歳

TEL - - 携帯 - - 職業 _____

e-mail _____

当院をどこでお知りになりましたか。

- 近所に住んでいる
- インターネット ホームページを何でお知りになりましたか。 検索サイト(Yahooなど)
 不妊掲示板など
 広告などのアドレスより
- 医師の紹介() 知人の紹介()
- 駅看板(駅) 電柱広告 雑誌等 その他()

下記の質問にお答え下さい。あてはまるものには✓印、または文字か数字を記入して下さい。

I、不妊治療以外で気になる事があればお書き下さい。

- 月経周期が不順 癌検診
- 月経の量が(多い、少ない) 生理の異常 おりものが多い
- 月経以外の出血がある 陰部がかゆい 下腹部が痛い
- 月経痛(生理痛)がひどい その他
- 子宮筋腫があるといわれた []
- 卵巣嚢腫があるといわれた []

II、あなたの月経についてお答え下さい。

- 1、初めてあった月経(初経)はいつですか? [] 歳
- 2、月経は順調ですか? はい [] 日周期
 いいえ 早くて [] 日、遅くて [] 日で来ます。
[] 歳で無くなりました(閉経)
- 3、月経は何日間続きますか? [] 日間ぐらい続く
- 4、月経の量は? 普通 多い(血のかたまりが出る) 少ない
- 5、月経(生理)痛はありますか? はい 頭 下腹 腰 その他 が痛い
 いいえ
- 6、一番最近の月経はいつでしたか? [] 月 [] 日から [] 日間
いつもと同じでしたか? はい
 いいえ 多い 少ない 長い 短い
- 7、その前の月経はいつでしたか? [] 月 [] 日から [] 日間

Ⅷ、以下の質問についてお答え下さい。

- 1、あなたの身長と体重をお書き下さい 身長 cm 体重 kg
- 2、結婚してから何年たちますか？ 年
- 3、結婚後、避妊していた期間はありますか？ 年 ヶ月 (方法:)
- 4、今までに妊娠したことはありますか？ はい いいえ
 ある場合には、その妊娠から現在までの期間をお書き下さい 年 ヶ月
- 5、今まで、排卵日頃に性交渉をもつようにしてきましたか？
 ほとんど常に たまに 全然気にしないで
- 6、基礎体温表はつけてますか？ はい 以前はつけていた
 いいえ
- 7、体毛が濃いほうだと思いますか？ はい いいえ
- 8、急に体重が増えたり、減ったりしたことがありますか？ はい いいえ
 ↳ kg 増えた 減った
- 9、たばこは吸いますか？ はい (本/day) いいえ
- 10、乳房を押すと乳汁が出たりしますか？ はい いいえ
- 11、当院にいらっしゃる以前に他の病院にかかったことはありますか？
 はい
 施設名(.....) 通院期間 年 月より 年 月まで
 いいえ

“11”の質問に“はい”とお答えになった方のみ以下の質問にお答え下さい。

- 12、不妊症検査の代表的なものを表にしてみました。以前受けたことのある検査があれば、記入して下さい。

検査名	施行年月日	施設名	結果
精液検査	年 月		異常 なし あり()
子宮卵管造影	年 月		異常 なし あり()
ホルモン検査	年 月		異常 なし あり()
内膜診	年 月		異常 なし あり()
内視鏡	年 月		異常 なし あり()
フーナーテスト	年 月		異常 なし あり()

Ⅲ、今までに何か病気をしたことはありますか

- 虫垂炎 肝臓病 腎臓病 心臓病 糖尿病 甲状腺の病気 結核 性病
 不眠症 ノイローゼ その他()

Ⅳ、ご家族についてお答え下さい。

- ご父様は 歳 健 病() 死()
 ご母様は 歳 健 病() 死()
 ご兄弟は 歳 健 病() 死()
 ご兄弟は 歳 健 病() 死()
 ご兄弟は 歳 健 病() 死()

Ⅴ、結婚についてお答え下さい。

- 1、結婚してますか？ はい 年 月 日 歳で結婚 (初婚 再婚)
 いいえ 未婚 離婚 歳の時
 2、ご主人の年齢、ご職業は？ 年齢 歳 職業 ()
 3、ご主人は現在健康ですか？ はい
 いいえ 病名は？ ()
 4、ご主人は過去に大きな病気をしたことがありますか？ はい 病名は？ ()
 いいえ

Ⅵ、性交渉、妊娠、分娩についてお答え下さい。

- 1、性交渉(セックス)の経験はありますか？ はい いいえ
 2、妊娠したことはありますか？ はい いいえ

Ⅶ、妊娠したことのある方は、その経過についてお答え下さい。

1、お産にならなかったもの

	年齢	人工中絶	流産	子宮外妊娠	胎状奇胎
年 月	歳	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月	歳	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月	歳	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月	歳	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月

2、以前のお産についてお答え下さい

年齢	施設名	正常 異常の別	お子様の健康状態
年 月	歳	正常 異常 帝王切開	健 病 死()
年 月	歳	正常 異常 帝王切開	健 病 死()
年 月	歳	正常 異常 帝王切開	健 病 死()
年 月	歳	正常 異常 帝王切開	健 病 死()

13、卵管通気、卵管通水を受けたことはありますか？

はい 施設名() 回ぐらい

いいえ

14、不妊症の治療として投薬を受けたことがありますか？

はい 排卵誘発剤 黄体ホルモン剤 漢方薬 不明

その他()

いいえ

15、不妊症の治療として注射をしたことがありますか？

はい 排卵誘発剤 黄体ホルモン剤 HCG カウフマン

不明 その他()

いいえ

16、人工授精を受けたことはありますか？

はい 施設名() 回ぐらい

いいえ

17、体外受精・GIFT法を受けたことがありますか？

はい 施設名() 回ぐらい

いいえ

Ⅸ、どのような治療を希望しますか？

検査から系統的に受けたい

妊娠すればどの治療でも良い

具体的にあれば、記入してください。

[]

この問診票を印刷して、初診の際にお持ちください。

医療法人社団ひとみ会 白井医院 不妊治療センター

TEL(代表) 03-3605-1677 TEL(婦人科直通) 03-3605-0381